

Chiara Cilona

*L'evoluzione organizzativa  
e la cultura della persona prima di tutto*

ABSTRACT:

Le profonde trasformazioni del sistema sanitario italiano hanno posto numerosi interrogativi per quanto concerne la mission reale di un'organizzazione sanitaria, cui è richiesto di impegnarsi per la salute e il benessere della persona e di far quadrare i conti. L'evoluzione del servizio sanitario si può dire che ha cercato di rispondere soprattutto ad una diversa domanda di servizi e alla necessità di una maggiore attenzione alle esigenze dei cittadini e delle persone soggette a condizioni di malattia e disagio fisico anche attraverso forme nuove di assistenza, cura e sostegno.

The profound transformations of Italian health system have posed a number of questions regarding the true mission of a health care organization, which is necessarily to commit to the well-being of the person and to make ends meet. The evolution of the health services, one can say, has sought to respond above all to a diverse demand for services and to the necessity for greater attention to the needs of citizens and people suffering from illness and physical limitations, including new forms of assistance, care and support.

*Il cambiamento organizzativo del sistema sanitario*

L'intero apparato pubblico sanitario, soprattutto alla luce delle consistenti politiche di riforma attuate a partire dagli anni novanta, ha vissuto una fase di profondo cambiamento istituzionale che ha favorito un nuovo modello organizzativo improntato ad una logica di maggiore efficacia ed efficienza in favore di una cultura di qualità dell'assistenza e dei servizi.

La riforma sanitaria e la logica dell'aziendalizzazione della sanità hanno introdotto modifiche sostanziali nei sistemi di gestione, organizzazione e contabilità delle strutture sanitarie, attraverso il passaggio da

forme organizzative fortemente burocratiche verso un assetto strutturale e gestionale in cui prevalgono la definizione degli obiettivi, la pianificazione strategica, gli strumenti di programmazione e controllo, con lo scopo di responsabilizzare i soggetti e le funzioni all'interno del sistema, introducendo una sostanziale variazione del loro modo di porsi nei confronti degli utenti.

Si è tentato di «passare da un modello di tipo burocratico ad un modello telocratico (da greco *telos*, insieme di strumenti per il raggiungimento di un fine/obiettivo)» (Cocozza, 2014: 93), dove la pianificazione intesa come l'identificazione degli obiettivi e la scelta delle opportune strategie per raggiungerli è strettamente collegata alla struttura organizzativa e alla capacità di quest'ultima di assecondare l'obiettivo aziendale. La sfida lanciata al sistema sanitario, legata principalmente a un'esigenza di efficacia organizzativa e di contenimento della spesa, è stata quella di cambiare fisionomia nel perseguire la tutela della salute e la promozione del benessere del cittadino. Si è trattato di rivedere gli attori istituzionali-organizzativi e l'apparato di erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie, secondo criteri di efficacia, efficienza e qualità.

Questo cambiamento di rotta nella sanità e la conseguente implementazione strategica di un nuovo assetto strutturale e operativo richiamano il modello progettuale delle '5R' proposto da Jones e Thompson (1997), i cui principi base sono riassumibili nella seguente classificazione: 'ristrutturare', ovvero eliminare dall'organizzazione tutto quello che non contribuisce al valore del servizio fornito alla collettività; 'riprogettare', ovvero riconfigurare le attività piuttosto che adottare soluzioni marginali; 'reiventare', ovvero sviluppare nuove modalità di produzione dei servizi; 'riallineare', ossia armonizzare struttura organizzativa e strategia; ed infine 'ripensare', accelerando i processi di analisi e *feedback*.

Pertanto è stato assolutamente rilevante ripensare all'assetto strutturale degli attori del servizio sanitario allo scopo di renderli più efficaci, efficienti e maggiormente in linea con gli sforzi di modernizzazione del Paese, in un contesto politico particolarmente delicato come quello del passaggio dalla 'Prima' alla 'Seconda Repubblica' dove si è cercato di ristrutturare e razionalizzare (intervenendo sulle sacche di inefficienza burocratica) ma anche di ripensare il ruolo e la *mission* delle pubbliche amministrazioni in un'ottica di maggior snellezza organizzativa delle strutture e un livello più apprezzabile di qualità nei

servizi pubblici forniti alla cittadinanza<sup>1</sup>.

Le attività sanitarie sono caratterizzate da un'elevata complessità intrinseca, non solo perché incidono direttamente sulla salute e sulla vita delle persone, ma perché si legano all'autonomia clinica degli operatori e contestualmente alla personalizzazione delle prestazioni, dove l'utente – quale destinatario del servizio – è parte attiva dell'*outcome* sanitario.

Questa fisionomia richiede forme concrete d'integrazione e meccanismi di coordinamento tra il livello di pianificazione degli obiettivi, la struttura organizzativa e le relazioni tra i diversi soggetti (medici, sanitari, amministrativi). È possibile asserire che le strutture sanitarie si configurano come organizzazioni fondate su una rete di rapporti d'interdipendenza e di relazioni organizzative che dovrebbero rispondere ad una logica di interdisciplinarietà e di responsabilizzazione dei risultati che superano le competenze specifiche e gli ambiti di responsabilità delle singole componenti presenti (Contini, Perucci & Sacchi, 1991). L'intervento sanitario deve essere letto in un'ottica organicistica, ovvero d'insieme, dove la struttura organizzativa è compartecipe secondo una dinamica di responsabilità allargata nel promuovere la salute e il benessere dell'utente.

In questa prospettiva, poi, la personalizzazione delle prestazioni costituisce l'elemento di varietà e variabilità delle attività sanitarie legate alle singole esigenze del paziente, con una riduzione dell'elemento di standardizzazione verso l'unicità e la difficile replicabilità della prestazione sanitaria stessa.

Alle strutture sanitarie, pertanto, si richiedono modelli organizzativi virtuosi «che tendano a conciliare la rilevanza pubblicistica dell'attività esercitata (servizio sanitario) e gli interessi cui è preposta (tutela e promozione della salute), con l'esigenza di economicità ed efficacia della propria azione» (Franco, 2005: 21).

L'evoluzione dell'assetto istituzionale e organizzativo della sanità comporta un miglioramento della qualità dei servizi e dei professionisti,

---

<sup>1</sup> A partire dagli anni novanta l'apparato pubblico italiano è stato oggetto di notevoli interventi di riforma, basti pensare alla L. 240/91 di introduzione dei principi dell'accesso agli atti e di partecipazione del cittadino all'iter burocratico nel nostro ordinamento amministrativo, e alle successive norme di riforma della dirigenza pubblica (D. Lvo 29/93 e smi), fino ad arrivare alla complessiva riforma della Pubblica Amministrazione del Ministro Marianna Madia (L. 124/2015 e successivi decreti attuativi) dove le parole d'ordine sono valutazione dei risultati, semplificazione delle procedure, anticorruzione e trasparenza.

la migliore accessibilità alle prestazioni da parte dell'utente, una dimensione umana e accogliente della struttura, un impiego efficiente delle risorse pubbliche. Non a caso, oggi, la qualità del sistema sanitario è il risultato di un approccio multidimensionale mirato al ciclo continuo di miglioramento di sei diverse aree: accessibilità, efficacia, efficienza, equità, sicurezza, accettabilità/centratura sul paziente<sup>2</sup>. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) ha individuato un macromodello di monitoraggio della performance della qualità delle prestazioni, basato su quattro specifici assi di tutela e garanzia del Servizio Sanitario Nazionale:

- salute (tutela della salute e garanzia dei livelli di assistenza) ed efficacia;
- risorse (buon uso delle risorse economico finanziarie) ed efficienza;
- diritti (garanzia soddisfazione utenti e partecipazione dei cittadini) ed *empowerment*;
- valori (contrastare le disuguaglianze nella salute) ed equità.

Tutto ciò consente di asserire che il sistema della sanità è un'organizzazione complessa e aperta, chiamata ad interagire e a relazionarsi non soltanto con il paziente, quale soggetto destinatario del servizio sanitario, ma con una serie di altri attori pubblici e privati che identificano l'ecosistema di riferimento e la comunità in senso lato del Paese.

Vale la pena ricordare che l'assistenza sanitaria è un indicatore alternativo di benessere e di qualità, che si contrappone allo storico indicatore della crescita economica legata al PIL. L'indice di Qualità Sociale comprende diversi fattori qualitativi che aiutano a delineare il grado di benessere e la qualità della vita delle persone, tra cui il rapporto tra utenti e servizi sanitari in termini di soddisfazione (Van der Maesen & Walker, 2012).

Ciò induce ad una riflessione ancora più ampia, sul contesto sanitario e sulla sua natura di sistema 'aperto' e permeante al tessuto sociale e istituzionale del Paese, che contribuisce al livello di qualità di vita e di sviluppo umano. In questa prospettiva le attività e i risultati del sistema sanitario e, più in generale, delle diverse organizzazioni pubbliche che consentono il funzionamento delle nostre società sono sempre più interconnesse tra di loro, nel senso che il 'buono' o il 'cattivo'

<sup>2</sup> Si veda al riguardo il *Sistema di valutazione dell'assistenza del Servizio Sanitario Nazionale* del Ministero della Salute, disponibile su <[http://www.rssp.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_navigazioneSecondariaRelazione\\_3\\_listaCapitoli\\_capitoliItemName\\_6\\_scarica.pdf](http://www.rssp.salute.gov.it/imgs/C_17_navigazioneSecondariaRelazione_3_listaCapitoli_capitoliItemName_6_scarica.pdf)> (last access 3.07.2017).

funzionamento delle organizzazioni con le quali la persona interagisce ed entra in contatto ogni giorno, influisce enormemente sulla capacità di star-bene e raggiungere obiettivi specifici (lavorativi, personali o familiari) e allo stesso tempo sulla qualità della vita complessiva della comunità nella quale si vive.

*Il concetto di umanizzazione delle cure, la centralità della persona e il valore della relazione*

La tutela della salute, come valore costituzionalmente garantito, pone di assoluto rilievo per il sistema sanitario il principio cardine della 'centralità' della persona, prima di tutto e al di sopra di ogni logica meramente economica. Quest'approccio di valorizzazione del cittadino non cerca di svincolarsi dai termini di un contesto normativo che impone ristrettezze e *governance* oculate, ma impone uno stile organizzativo in cui il singolo viene messo al centro dell'apparato sanitario, sia nella tutela della salute sia nella promozione di migliori condizioni di benessere attraverso un sistema di qualità dei servizi e delle strutture.

Il concetto di umanizzazione in ambito sanitario è inteso come la «capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico-assistenziali più aperte, sicure e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e *comfort* con percorsi assistenziali il più possibile condivisi con il paziente» (Pellegrino, 2014). Quando si parla di umanizzazione ci si riferisce pertanto al «prendersi cura della persona» dall'accoglienza alla dimissione, considerando quest'ultima non come paziente/portatrice di una specifica patologia, bensì come individuo unico e insostituibile con i suoi sentimenti, le sue conoscenze, le sue credenze, che richiede attenzione e ascolto rispetto al proprio stato di salute.

Ciò comporta l'affermazione della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale.

A livello internazionale il concetto di umanizzazione è espresso dalla locuzione *patient centered care* secondo cui, come indicato dalla IAPO (International Alliance of Patients' Organization) nel 2007, il sistema delle cure dovrebbe essere progettato intorno al paziente con il rispetto per le preferenze, i valori e i bisogni della persona (Del Nord, Marino & Peretti, 2015: 225).

Il concetto stesso di umanizzazione e il ruolo prevalente della persona è in larga parte rinvenibile nella Carta europea dei diritti del paziente<sup>3</sup> che oltre a declinare tutta una serie di diritti fondamentali sancisce una visione olistica del soggetto che accede o richiede un servizio sanitario. Tra i diritti menzionati è opportuno ricordare:

- il diritto al tempo, ovvero di accedere alle prestazioni sanitarie vedendo rispettato il proprio tempo, al pari di quello della burocrazia e degli operatori sanitari;
- il diritto all'informazione e alla documentazione sanitaria, in modo da avere sempre chiara e certificata la conoscenza della sua condizione di salute;
- il diritto alla certezza, secondo cui a ogni cittadino deve essere garantita dal Servizio sanitario la certezza del trattamento nel tempo e nello spazio, e a non essere vittima degli effetti di conflitti personali e organizzativi, di cambiamenti repentini delle norme, di differenze di trattamento a seconda della collocazione geografica;
- il diritto alla fiducia, nel senso che ogni persona deve essere ritenuta meritevole dei servizi riconosciuti alla cittadinanza e non come possibile *free rider*;
- il diritto alla qualità del servizio, in termini di strutture, professionisti e operatori;
- il diritto alla differenza, in forza del quale ogni persona ha la prerogativa di vedere riconosciuta la sua specificità e a ricevere trattamenti differenziati a seconda delle diverse esigenze;
- il diritto alla normalità, intesa come opportunità di curarsi senza alterare, oltre il necessario, le sue abitudini di vita, il diritto al futuro.

Questi riconoscimenti, legati anche a numerose dichiarazioni e raccomandazioni internazionali, rimarcano la centralità della persona e un orientamento all'umanizzazione dell'azione sanitaria negli aspetti organizzativi, relazionali, e di cura. Alle strutture sanitarie e ospedaliere e, più in generale al mondo della sanità, si chiede una rinnovata etica nell'agire per la valorizzazione della persona. L'etimologia del vocabolo 'etica' proviene dal greco *etos* ed esprime una molteplicità di significati,

<sup>3</sup> La Carta europea dei diritti del malato è stata scritta nel 2002 su iniziativa di Active Citizenship Network in collaborazione con 12 organizzazioni civiche dei Paesi dell'Unione europea, disponibile su <[http://www.partecipasalute.it/cms/files/UE\\_DirittiMalato.pdf](http://www.partecipasalute.it/cms/files/UE_DirittiMalato.pdf)> (last access 3.07.2017).

tra cui costume, comportamento, disposizione, carattere. Le organizzazioni sanitarie e gli attori del sistema sanitario sono chiamati a un cambiamento non solo normativo quanto culturale, comportamentale e anche di linguaggio. La presenza della norma, peraltro indispensabile, non risolve il dilemma di un contesto comunicativo e relazionale in cui la persona è accolta come soggetto portatore di esigenze psicoemotive e relazionali, oltre che fisiche e funzionali.

Numerosi studi hanno dimostrato, sulla base di indagini dirette, che la modalità in cui il paziente e le famiglie vivono e percepiscono l'esperienza della malattia è influenzato sia da fattori clinico, medico e professionale, sia da elementi di altra natura riferiti agli ambiti della comunicazione e delle caratteristiche dell'ambiente fisico<sup>4</sup>. Le organizzazioni sanitarie sono sistemi complessi in cui la prestazione si lega intrinsecamente alle condizioni strutturali del servizio, alla qualità degli operatori e alla loro capacità empatica e relazionale.

In questa prospettiva un adeguato approccio in termini di comunicazione diventa una modalità indispensabile per entrare in contatto con il paziente e i familiari. Watzlawick, Beavin e Jackson (1971) attribuiscono alla funzione comunicativa un carattere centrale e pragmatico, atto a provocare specifici eventi (e conseguenze) sia nella sua forma verbale che in quella non verbale. Ricordando l'assioma secondo cui è «impossibile non comunicare», qualsiasi comportamento in una situazione di interazione tra persone è *ipso facto* una forma di comunicazione. Come sosteneva Gregory Bateson (1984) attraverso la comunicazione si definisce la relazione interpersonale. Ciò significa che una prestazione professionale sanitaria di elevata qualità tecnica non può prescindere dalla qualità umana del professionista, chiamato ad entrare prima di tutto in relazione con l'altro, ad ascoltare il paziente e a prestare la necessaria attenzione alla persona nella sua specifica condizione fisica.

Il bisogno di relazione rientra nei bisogni di natura sociale e implica la solidarietà dell'individuo con l'universo (Lips, 1906), e quindi con le persone e il contesto ambientale. Quella relazionale è una capacità di cui tutti sono dotati, ma che occorre allenare ed esercitare affinché s'instaurino pratiche di riconoscimento dell'esistenza di altre persone

<sup>4</sup> Si veda al riguardo e per ulteriori approfondimenti Del Nord, R., Marino, D. & Peretti, G. (2015). L'umanizzazione degli spazi di cura: una ricerca svolta per il Ministero della Salute italiano. *Techne*, 9, 224-229.

diverse da noi, con le quali spesso è difficile avere un dialogo. Non è facile sviluppare interazioni empatiche in una società complessa come quella attuale, in cui spesso si hanno scambi puramente formali e ci si trincerava dietro la relazione professionale senza ‘andare oltre’, trascurando la dimensione umana. Si tratta di ripartire dalla persona e dalla sua capacità di parlare con l’altro, attraverso pratiche di ascolto, di coinvolgimento e di fiducia.

In questo senso il concetto di umanizzazione si lega ad un processo evolutivo del sistema sanitario e del modo di considerare la salute e gli strumenti per garantirla. Il passaggio da un approccio clinico-medico, dove l’intervento era finalizzato alla cura dell’organo malato, a quello bio-psicosociale ha introdotto una concezione olistica della persona in ambito sanitario, e una visione multidimensionale della salute che ha spostato l’attenzione dalla malattia all’individuo nella sua complessità.

### *È possibile misurare l’umanizzazione delle cure?*

Sul portale del più antico ospedale di Parigi, l’Hotel Dieu<sup>5</sup>, vi era posta la seguente scritta «Se sei malato vieni e ti guarirò, se non potrò guarirti ti curerò, se non potrò curarti ti consolerò». Con queste poche ma efficaci parole si sintetizzava lo spirito di chi accoglieva e curava gli ammalati. Il concetto post-moderno di umanizzazione dei servizi si rivolge alla complessità della persona, prestando particolare attenzione alle sue dimensioni fisiche, emotive, psicologiche.

In Italia di umanizzazione in ambito sanitario si parla dal 1992 con il Decreto Legislativo del 30 dicembre n. 502, che introduce il principio del costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni alle esigenze dei cittadini utenti preordinando allo scopo uno specifico sistema di indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio, riguardante la personalizzazione e l’umanizzazione dell’assistenza, il diritto all’informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l’andamento delle attività di prevenzione delle malattie<sup>6</sup>. Detti indicatori,

---

<sup>5</sup> L’Hotel Dieu, fondato nel 651 da San Landarico, vescovo di Parigi, era il più antico ospedale della capitale francese, simbolo della carità e dell’ospitalità. Rimase il solo ospedale parigino fino al Rinascimento. Nel 2013 l’ospedale è stato chiuso per ospitare, nel prossimo futuro, un grande centro di ricerca e insegnamento destinato ai futuri medici e scienziati.

<sup>6</sup> Si veda al riguardo e per ulteriori approfondimenti Regione Veneto (2005). *Sistema*

in seguito definiti nel dettaglio dal D.M. del 15 ottobre 1996, benché stabiliscano una serie di parametri di riferimento a livello nazionale e regionale per il monitoraggio del rispetto dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, non prevedono un'esplicita valutazione qualitativa delle azioni di umanizzazione nel contesto sanitario. Basti pensare che il termine 'umanizzazione' ricorre tra gli indicatori del decreto ministeriale solo una volta per riferirsi alla percentuale di strutture sanitarie dotate di protocolli di dimissione protetta che prevedono il coinvolgimento del territorio. Come dire, un'espressione misurativa eccessivamente ristretta rispetto a una pluriforme realtà di azioni sanitarie in tema di umanizzazione.

Ciò nonostante, sebbene non si faccia esplicito riferimento al termine umanizzazione, tra gli altri indicatori previsti dalla normativa si segnalano: il numero di dimissioni accompagnate da una relazione sanitaria per il medico di medicina generale; il numero medio di ore giornaliere di apertura ai visitatori; l'esistenza di procedure scritte e di consenso informato; il numero medio di giorni necessari per ottenere, dalla richiesta, la cartella clinica; la distribuzione di un opuscolo all'atto del ricovero relativo alle informazioni sull'ospedale; il numero di letti per camera di degenza con servizi igienici riservati; il numero di servizi igienici per degenti/posti letto; la possibilità di scelta del menù.

Per la misurazione dell'umanizzazione dei servizi e delle strutture sanitarie una interessante ricerca è stata condotta dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) con la collaborazione dell'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva. L'indagine, che ha coinvolto direttamente i cittadini e le comunità locali, ha individuato le seguenti quattro aree dell'umanizzazione delle cure:

- 1) processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;
- 2) accessibilità fisica, vivibilità e comfort nei luoghi di cura;
- 3) accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;
- 4) cura della relazione con il paziente/cittadino<sup>7</sup>.

---

*di Gestione per l'Umanizzazione. Principi, fondamenti, terminologia e limiti.*

<sup>7</sup> L'individuazione dei quattro indicatori per la rilevazione del grado di umanizzazione è stata realizzata attraverso un complesso lavoro che ha previsto la definizione e scomposizione del concetto di umanizzazione attraverso un'analisi della letteratura scientifica, della legislazione nazionale, dei database relativi a *best practices* in ambito sanitario. Si rimanda per i necessari approfondimenti a Caracci, G., Di Stanislao, F. & Carzaniga, S. (2013).

Gli esiti della ricerca hanno rilevato, tra l'altro, che benché sia ritenuta molto buona l'accessibilità ai disabili motori, sono necessari 'piani aziendali' per l'eliminazione delle barriere sensoriali; molto da fare necessita sul fronte della semplificazione delle modalità di prenotazione delle prestazioni; scarse sono le forme alternative di pagamento del ticket (farmacie, ricevitorie, uffici postali, etc.); per quanto concerne l'accesso alle informazioni e la trasparenza, ancora rari risultano i sistemi di condivisione telematica dei dati clinici tra le strutture e poco diffusa la possibilità di consultare on line la cartella clinica e referti di esami diagnostici strumentali (Metastasio, 2014). L'area debole che emerge dalla ricerca sulla valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino è stata quella relativa alla 'cura della relazione con il paziente /cittadino' che testimonia, ancora una volta, quanto sia importante la dimensione umana e relazionale da parte degli operatori nei confronti dei pazienti e dei familiari.

La ricerca condotta dall'Agenas ha permesso di dimostrare che esiste la possibilità concreta di impiantare stabilmente un sistema di valutazione omogeneo dei servizi di umanizzazione in ambito sanitario, prevedendo la partecipazione attiva dei cittadini. Questo consolida le basi per una cultura della valutazione delle strategie in termini di umanizzazione delle cure, dove la prospettiva del miglioramento continuo comporti un intervento sulla 'dimensione organizzativa' (ad esempio con la rimodulazione del ruolo e delle funzioni dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico e la formazione degli operatori) e sulla 'dimensione culturale' con la diffusione capillare di un'etica professionale (e di sistema) orientata all'accoglienza, all'ascolto e al rispetto della persona.

Come ampiamente sostenuto da Tanese e Terzi (2013) la valutazione da parte del cittadino, come stakeholder della sanità, dell'umanizzazione e qualità dei servizi rappresenta una forma di *empowerment*<sup>8</sup> individuale e di comunità, che permette al singolo di prendere consapevolezza secondo un approccio riflessivo e critico della realtà e di un dato problema, e allo stesso tempo di manifestarsi come attore significativo nei processi di *policy making* attraverso un ruolo attivo ed elaborativo rispetto ad una criticità che impatta a livello sociale.

Questo risponde anche ad una nuova logica di cittadinanza attiva

---

<sup>8</sup> Per empowerment si intende un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita (Zimmerman, 2000).

e partecipativa che permette alla persona di poter incidere sulle iniziative politico-sociali della propria comunità «evitando la delega passiva e progettando con responsabilità in funzione dei bisogni personali e comunitari» (Romano, 2001: 9). A fronte di un sistema sanitario aperto, che rispetto all'ambiente è in una relazione continua di scambio, per le strutture di cura si tratta di prestare attenzione alle richieste dei cittadini utenti, al fine di attivare la ricerca e la progettazione di soluzioni migliorative che rendano più vicino, umano e affidabile il servizio di assistenza e cura.

### *Conclusioni*

Nel corso degli ultimi anni la cultura della partecipazione del cittadino ai servizi pubblici, la visione olistica della persona nell'approccio alle cure, l'evoluzione dei modelli organizzativi sanitari, la dimensione 'aperta' delle strutture socio-sanitarie e ospedaliere, il nuovo governo economico del mondo della sanità nazionale e regionale ha enfatizzato la centralità delle politiche di umanizzazione delle cure.

La strategia di umanizzazione dei percorsi di accoglienza, diagnosi e cura da parte delle strutture sanitarie richiede una maggiore attenzione verso la dimensione umana e esistenziale della persona. Questi presupposti riflettono un'evoluzione del modello sanitario, che viene orientato sull'esercizio di modelli *patient oriented* rispetto ad approcci legati alla malattia (*disease centred*). La persona, nella totalità inscindibile delle sue componenti (fisica, emotiva, mentale, spirituale) assume una posizione di centralità nei percorsi diagnostico-terapeutici e, in generale, nelle politiche in materia di tutela e promozione della salute.

Tutto ciò richiede un ripensamento del rapporto tra struttura sanitaria e cittadino, e tra organizzazione e utente, che prenda in considerazione una serie di interventi:

- una *struttura edilizia orientata al comfort e all'accoglienza*. L'ambiente ospedaliero e di assistenza sanitaria richiede una fisionomia accessibile e gradevole, dove la persona è posta in condizione di vivere, quanto più adeguatamente possibile, un'esperienza di prevenzione, diagnosi, cura o ricovero secondo logiche di accoglienza e comfort. Si tratta di investire in un'architettura dei luoghi fatta a misura umana che possa evitare qualsiasi sensazione di deprivazione sensoriale;

- un'umanizzazione delle informazioni e delle dinamiche di accoglienza, che consenta alla persona di orientarsi verso il servizio più adatto alla necessità e di poter acquisire secondo procedure semplificate tutti gli elementi necessari per accedere alle prestazioni. L'accoglienza viene intesa come la capacità generale di prendersi cura delle persone che si rivolgono alla struttura, neutralizzando la condizione di disagio verso forme approccio e relazione basate sull'ascolto e sul
- l'attivazione di corsi di formazione sulla comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto per medici e infermieri. La qualità degli operatori sanitari si lega non solo all'alto profilo tecnico e professionale ma, parimenti, alle competenze relazionali e alle qualità umane che implicano la capacità di ascolto ed empatia verso il paziente/cittadino. La sensibilità interpersonale è alla base della capacità comunicativa con l'utente ed è, sovente, l'elemento di percezione di affidabilità verso la struttura sanitaria da parte di chi vi ricorre;
- l'avvio di percorsi di comunicazione tra gli operatori sanitari, improntati alla creazione di un clima lavorativo predisposto al dialogo e alla cooperazione. È necessario creare un'equipe compatta e predisposta al continuo dialogo «mirato ad affrontare e risolvere problematiche legate agli stato d'animo» (Santoro & Guglielmi, 2013: 4). Occorre investire nel creare una cultura collaborativa e di rispetto, umanizzando il rapporto tra il gruppo di operatori sanitari con l'obiettivo di creare un luogo di convivenza basato su relazioni positive e un ambiente sereno e accogliente per chi ha bisogno di informazioni, cure, conforto, sostegno;
- un sistema di semplificazione delle procedure di accesso alle prestazioni, a partire dalle modalità di prenotazione, e di fruibilità della documentazione sanitaria, con nuove forme di accessibilità on line e innovazione degli aspetti funzionali al servizio sanitario.

Tutto ciò identifica la complessità degli orientamenti strategici d'intervento per il processo di umanizzazione del contesto sanitario e del luogo di cura, e la possibilità di intervenire mettendo in campo una serie di azioni strutturali, organizzative e comunicative che valorizzano la persona e la dignità umana dell'utente. Si tratta, in fin dei conti, di far quadrare l'obiettivo dell'etica che implica la ricerca del bene dell'individuo con l'obiettivo della tecnica, nel rispetto dell'unicità e dell'altissimo valore che la persona, nella sua globalità, rappresenta.

## BIBLIOGRAFIA

- Bateson, G. (1984). *Mente e natura. Un'unità necessaria*. Milano: Adelphi.
- Caracci, G., Di Stanislao, F. & Carzaniga, S. (2013). Il monitoraggio da parte dei cittadini della qualità dell'assistenza ospedaliera. *Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*, XII(32). Roma: ASSR.
- Cocozza, A. (2014). *Organizzazioni, culture modelli, governance*. Milano: Franco Angeli.
- Contini, F., Perucci, B. & Sacchi, A. (1991). Cultura organizzativa e processo di cambiamento nelle unità sanitarie locali: presentazione di un'esperienza formativa. *Studi organizzativi*, 1. Milano: Franco Angeli.
- Del Nord, R., Marino, D. & Peretti, G. (2015). L'umanizzazione degli spazi di cura: una ricerca svolta per il Ministero della Salute italiano. *Techne*, 9, 224-229.
- Franco, M. (2005). Lo sviluppo organizzativo nelle strutture sanitarie: tra divisione del lavoro e coordinamento. In Capasso, A. & Pascarella, G., *La gestione dell'azienda sanitaria. Sviluppi teorici e strumenti gestionali per governare il cambiamento*. Milano: Franco Angeli.
- Jones, L.L. & Thompson, F. (1997). L'implementazione strategica del New Public Management (ed. or. *The strategic implementation of the New Public Management*). *Azienda Pubblica*, 6, 567-586. Milano: Franco Angeli.
- Lips, T. (1906). Empatia e godimento estetico. *Discipline filosofiche* (2002), 12(2).
- Metastasio, R. (2014). *I risultati della ricerca, in Presentazione dei risultati del Progetto di ricerca 'La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino'*, atti del Convegno, 7 novembre. Disponibile da <[http://www.cittadinanzattiva.it/files/comunicati/salute/Umanizzazione2014/Principalidati\\_umanizzazione\\_7nov14.pdf](http://www.cittadinanzattiva.it/files/comunicati/salute/Umanizzazione2014/Principalidati_umanizzazione_7nov14.pdf)> (last access 3.07.2017).
- Pellegrino, C. (2014). *Umanizzazione della sanità: cosa si può fare per migliorare*, 21 dicembre. Disponibile da <<http://www.tuotempo.com/it/umanizzazione-della-sanita/>> (last access 3.07.2017).
- Regione Veneto (2005). *Sistema di Gestione per l'Umanizzazione. Principi, fondamenti, terminologia e limiti*. Disponibile da <[https://www.regione.veneto.it/c/document\\_library/get\\_file?uuid=0f3422b3-33a5-4ad6-b7cd-7557d7e8a982&groupId=10793](https://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=0f3422b3-33a5-4ad6-b7cd-7557d7e8a982&groupId=10793)> (last access 3.07.2017).
- Romano, S. (2001). Prefazione. In Lavanco, G. (ed.), *Oltre la politica:*

- psicologia di comunità, giovani e partecipazione*. Milano: Franco Angeli.
- Santoro, G., Miniello, A. & Guglielmi, R. (2013). La necessità imprescindibile della umanizzazione delle cure. *Tuttosanità*, 4 novembre. Disponibile da <<http://wp.tuttosanita.it/interventi-ed-opinioni/la-necessita-imprescindibile-della-umanizzazione-delle-cure/>> (last access 3.07.2017).
- Tanese, A. & Terzi, A. (2013). Il cittadino stakeholder della sanità. *Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*, XII(32). Roma: ASSR.
- Van der Maesen, L. & Walker, A. (2012). *Social Quality: from Theory to Indicators*. New York: Palgrave Macmillan.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D.D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.
- Zimmerman, M.A. (2000). *Empowerment Theory. Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis*. In Rappaport, J., Seidman, E., *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.